健康保険 一部負担金等還付申請書

※必要事項を全て記入して下さい。訂正箇所については、被保険者が二重線で抹消し、被保険者氏名（フルネーム）を記入して下さい。二重線負傷（ケガ）の場合は「負傷原因届」（ホームページよりダウンロードしてください）が必要となりますので、添付して下さい。（第三者行為（交通事故等）の場合は組合へご連絡ください）振込先は、事業所指定口座の場合は「委任状」欄、被保険者口座をご希望の場合は「振込金融機関の欄」へ記入・捺印下さい。（ご不明な点等ございましたら、当組合・給付課までご連絡下さい）

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号		被保険者（申請者）の氏名	（フリガナ）	生年月日	昭和 平成 年 月 日（ 歳）
被保険者（申請者）の住所	〒 － TEL			事業所の	名称
					住所
申請が被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）	被保険者との続柄	
傷病名		発病または負傷の年月日	令和 年 月 日 時頃 ※負傷の場合は場所〔 〕		
発病または負傷の原因及びその経過	どこで、何の為に、何をしている時、どのようにして負傷（発病）した、と詳細に記入して下さい。				
診療を受けた医療機関の名称と所在地	名称				
	所在地				
診療の内容				入院・入院外の別	入院 入院外
診療に要した費用	円	診療期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間		
還付を申請する理由及び添付書類	1. 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため 2. 一部負担金等免除申請書の交付が遅れたため 3. 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 4. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等への提出ができなかったため （ ）				
	・ **罹災証明書（写）**（※免除証明書の申請時に添付している場合は不要です） ・ **該当する保健医療機関等の領収書（原本）**			※罹災証明書をすでに提出している ・ していない	
第三者行為による負傷ですか	はい いいえ	その事実の届出の有無	ある ない	第三者の氏名と住所（不明な時はその旨）	

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（健保口）　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

振込金融機関

金融機関	銀行コード ＿＿＿ 銀行 信用金庫 信用組合	店番 ＿＿＿ 本店 支店	預金種別
口座番号	No.		1. 普通
フリガナ 口座名義			2. 当座

受付日付印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL03（3576）3511